

MARTHA COAKLEY
ATTORNEY GENERAL

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

FAIR LABOR DIVISION
ONE ASHBURTON PLACE
BOSTON, MASSACHUSETTS 02108

(617) 727-2200
(617) 727-3465 HELPLINE
WWW.MASS.GOV/AGO
WWW.LABORLOWDOWN.COM

QUEJA DE VIOLACIÓN DE TRABAJO DE MENORES- Pagina 1

Por favor proporcione por tanta información como usted pueda en esta forma y envíela a la dirección que está escrita arriba.

Información del Reclamante: *(usted puede archivar anónimamente)*

Nombre de reclamante: _____
Nombre Apellido

Dirección de reclamante: _____
Calle Ciudad Estado Código

Numero de teléfono de reclamante: _____

¿Cual es su relación al menor? Yo mismo Padre Cliente Otro _____

¿Hablas ingles? Sí ___ No ___ ¿En cual idioma debemos contactar a usted? _____

Información de Menor: *(Si usted sabe)**

Nombre de menor: _____

Dirección de menor: _____

Numero de teléfono de menor: _____ Fecha de nacimiento de menor/Edad: _____

Horas/días cuando el menor está trabajando: _____

Tipo de trabajo que el menor está relazando: _____

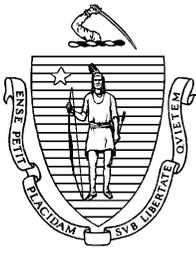
¿El menor tiene un permiso de trabajo de menores? Sí No Fechas de trabajo: _____

¿El menor trabaja todavía para el empleador? Sí No

¿El menor está matriculado en la escuela? Sí No ¿Si sí cual escuela? _____

** Por favor, adjunte páginas adicionales si requiere más espacio.*

Por favor, lea esto: En la mayoría de circunstancias, el texto de su queja será considerado un archivo de acceso público y estará disponible para todos los miembros del público, previa solicitud. En caso de realizarse dicha solicitud, por lo general no revelaremos su nombre ni su dirección, número de teléfono o cualquier otra información que le identifique, ni facilitaremos este formulario en respuesta a las solicitudes que busquen específicamente la queja que usted presentó. Sin embargo, es posible que su archivo en su totalidad se facilite en cumplimiento de la ley y las bases reguladoras que pueden ayudarle a solucionar su queja.



MARTHA COAKLEY
ATTORNEY GENERAL

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

FAIR LABOR DIVISION
ONE ASHBURTON PLACE
BOSTON, MASSACHUSETTS 02108

(617) 727-2200
(617) 727-3465 HELPLINE
WWW.MASS.GOV/AGO
WWW.LABORLOWDOWN.COM

QUEJA DE VIOLACIÓN DE TRABAJO DE MENORES - Pagina 2

Información del Empleador:

Nombre de la compañía: _____

Dirección de la compañía: _____
Calle Ciudad Estado Código

Numero de teléfono de la compañía: _____

Nombre del dueño: _____
Nombre Apellido

Nombre del gerente: _____
Nombre Apellido

Tipo de compañía: _____

Información General:

Tipo de Violación: *(Por favor, identifique la categoría que aplica mejor.)*

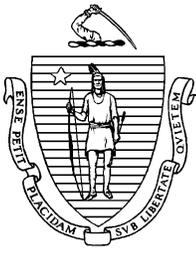
- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menor trabajando sin supervisión después de las 8 de la noche | <input type="checkbox"/> Violación del tiempo |
| <input type="checkbox"/> Ocupaciones restrictas | <input type="checkbox"/> Menor servía alcohol |
| <input type="checkbox"/> Violación de horas | <input type="checkbox"/> Trabajando sin permiso de trabajo de menores |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Por favor, proporcione información detallada sobre la violación: _____

¿Cree que el menor está en el peligro inmediato a causa del trabajo? Sí No

Explique por favor: _____

El número de menores quien están trabajando en violación de la ley: _____



MARTHA COAKLEY
ATTORNEY GENERAL

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL

FAIR LABOR DIVISION
ONE ASHBURTON PLACE
BOSTON, MASSACHUSETTS 02108

(617) 727-2200
(617) 727-3465 HELPLINE
WWW.MASS.GOV/AGO
WWW.LABORLOWDOWN.COM

QUEJA DE VIOLACIÓN DE TRABAJO DE MENORES - Pagina 3

¿Dónde aprendió acerca de la Queja de Violación de Trabajo de Menores?

- Una presentación de las leyes de trabajo de menores
- Escuela: _____ (Nombre)
- www.laborlowdown.com
- Google
- Website de la Fiscal General
- Organización comunitaria: _____ (Nombre)
- Sindicato: _____ (Nombre)
- Otro: _____

CERTIFICACIÓN: * Si usted archiva esta forma anónimamente, usted no necesita completar esta sección.

Yo certifico según mi conocimiento y creencia que esto es una declaración verdadera y exacta de los hechos acerca de mi queja.

--	--	--

Firma

IMPRIMA su nombre

La fecha que firmó